N° 276.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

PRINCIPALES TUMEURS CHRONIQUES

QUI PEUVENT SE DÉVELOPPER DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE, CONSIDÉRÉES PRINCIPALEMENT SOUS LE RAPPORT DE LEUR SIÉGE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 23 août 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JOSEPH-NAPOLÉON DUMOUTIER, de Montcavrel,

Département du Pas-de-Calais;

Interne des hôpitaux de Paris, ancien Aide de clinique attaché au service de M. le Professeur *Fouquier*.

Sans un diagnostic exact, l'observation la plus scrupuleuse ne conduit qu'à des résultats infidèles, et la thérapeutique ne repose que sur de mauvaises bases.

CHOMEL, art. *Diagnostic* du Dict. méd.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1833.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Suppléant.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
	. . . . .
Pathologie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, Examinateur.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER, Président.
	BOUILLAUD.
	CHOMEL.
	ROSTAN, Examinateur.
Clinique chirurgicale	BOYER.
	JULES CLOQUET.
	DUPUYTREN.
	ROUX, Examinateur.
Clinique d'accouchemens	. . . . .

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir), Suppléant.	Piorry.
Cottereau, Examinateur.	Requin.
Dalmas, Examinateur.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

HONNEUR A L'IMMORTEL FONDATEUR

DE

L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE.

Le nom de CORVISART *excitera toujours la reconnaissance des Élèves de cette Faculté.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOUQUIER.

Reconnaissance inexprimable.

J.-N. DUMOUTIER.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

PRINCIPALES TUMEURS CHRONIQUES

QUI PEUVENT SE DÉVELOPPER DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE, CONSIDÉRÉES PRINCIPALEMENT SOUS LE RAPPORT DE LEUR SIÉGE.

I.

1. Il est peu de mots plus vagues, dans le langage médical, que celui de *tumeur*. C'est une expression employée depuis l'origine de l'art, dont tout le monde paraît se contenter, et à laquelle peu de personnes se sont occupées de donner une acception bien déterminée : chacun l'a définie dans le sens qui se rapportait le mieux au sujet qu'il traitait : aussi n'entreprendrai-je pas de déterminer ce mot, et le prenant dans son acception la plus générale, j'appellerai *tumeur de l'abdomen*

toute saillie, tout gonflement anormal, général ou partiel, dans une partie quelconque de la cavité abdominale.

2. Ces tumeurs ont fixé de tout temps l'attention des praticiens. Dans le siècle même d'*Hippocrate* on sentait l'importance de les bien reconnaître ; car c'est dans ce sens qu'il faut comprendre le précepte de ce grand homme : *Qui manibus contrectavit ventrem, minùs falli potest, quàm qui non contrectavit.* Cependant leur diagnostic est encore ce qu'il y a peut-être de plus obscur dans la science ; car, sans parler de l'ignorance complète dans laquelle on est le plus ordinairement sur leur nature, ne voit-on pas souvent des praticiens habiles méconnaître leur existence pendant la vie? et lorsqu'il s'agit de les localiser, d'en assigner le siége, combien d'autres difficultés ne faut-il pas surmonter !

3. La fréquence de ces tumeurs, la gêne qu'elles apportent dans l'exercice normal des fonctions, les accidens qu'elles déterminent, sont des motifs plus que suffisans pour attirer sur elles l'attention des médecins jaloux de ne traiter une maladie qu'après en avoir acquis une connaissance exacte.

4. Comme l'anatomie, en nous faisant connaître la disposition naturelle des organes, les rapports nombreux qu'ils affectent entre eux, peut jeter sur la question qui nous occupe une utile lumière, c'est avec son flambeau que nous diviserons notre sujet, que nous en poserons exactement les limites, et c'est à l'aide des connaissances qu'elle nous aura fournies que nous pourrons, dans un certain nombre de cas, résoudre ce problème : Une tumeur de la cavité abdominale étant donnée, déterminer pendant la vie à quel organe elle appartient. Sous ces rapports, les considérations anatomiques suivantes me paraissent indispensables. Il est inutile de dire que j'écarterai tout ce qui ne se rapportera pas immédiatement à mon sujet.

II.

5. Le mot *abdomen* (de *abdere*, cacher) est synonyme de *ventre*. C'est la partie inférieure du tronc, l'une des trois grandes cavités splanchniques, qui renferme les principaux organes de la digestion, ceux de la sécrétion urinaire, et une partie de ceux de la génération. Cette cavité, dont on se formera facilement une idée en enlevant les viscères qu'elle renferme, est symétrique, divisée incomplètement en deux parties latérales par la saillie des vertèbres lombaires, oblongue de haut en bas, comprimée d'avant en arrière, située au-dessous de la poitrine, dont elle est séparée par le diaphragme, et terminée en bas par le bassin. Elle présente quatre parois : la postérieure solide, formée par les lombes et le sacrum; l'antérieure, uniquement musculaire et aponévrotique, facilement dilatable et dépressible; enfin les latérales, auxquelles les fausses côtes en haut, et les os coxaux en bas, donnent une grande solidité.

6. Pour faciliter l'étude des rapports que les viscères abdominaux ont entre eux, nous diviserons, avec les anatomistes, cette cavité en trois grandes régions, distinguées en supérieure, moyenne et inférieure, et séparées entre elles par deux plans horizontaux, dont l'un passerait sous le bord inférieur de la douzième côte de chaque côté, et dont l'autre s'étendrait entre les deux crêtes iliaques. Maintenant, si l'on suppose deux autres lignes élevées verticalement des épines iliaques antérieures et supérieures jusqu'au niveau de la paroi antérieure du thorax, chacune de ces grandes régions se trouvera subdivisée en trois régions secondaires, l'une moyenne, et les deux autres latérales : or, la moyenne de la grande région supérieure est appelée *épigastre*, les deux latérales *hypochondres;* la région moyenne de la seconde est appelée *ombilicale*, et les latérales *flancs;* l'hypogastre est la région moyenne de la grande région inférieure, dont les fosses iliaques constituent les régions latérales.

7. La région supérieure est limitée en haut par le diaphragme, espèce de cloison musculaire qui sépare la cavité thoracique de la cavité abdominale ; la paroi postérieure est formée par le même muscle appliqué sur les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires ; l'antérieure, par la paroi antérieure et supérieure de l'abdomen, soutenue par l'appendice xiphoïde du sternum ; les latérales, par le diaphragme, tapissant la face interne des dernières côtes et leurs cartilages. Le foie occupe, à droite, toute la cavité comprise entre la voûte diaphragmatique et le rebord de la poitrine ; au-dessous de lui, et en avant, se trouvent la partie supérieure du colon ascendant et sa jonction avec le colon transverse ; la vésicule du fiel, dont le fond, suivant *Béclard*, correspond à peu près au milieu du cartilage de la seconde fausse côte ; l'épiploon gastro-hépatique, renfermant dans son épaisseur les vaisseaux biliaires et hépatiques ; plus bas enfin, la première portion du duodénum, une partie de la deuxième, la tête du pancréas, et souvent le pylore, près duquel passe l'artère gastro-épiploïque droite. La rate, appuyée en avant sur l'extrémité gauche du colon transverse, le grand cul-de-sac de l'estomac tenant à la rate par l'épiploon gastro-splénique, dans l'épaisseur duquel se trouvent les vaisseaux courts, l'extrémité gauche du pancréas, occupent l'excavation thoraco-abdominale gauche. Les organes contenus entre les deux excavations thoraco-abdominales droite et gauche, dans la région épigastrique proprement dite, sont, à droite, une portion du foie, appuyée sur la région moyenne et inférieure de l'estomac ; à gauche, la terminaison de l'œsophage ; un peu plus bas et antérieurement, l'arc du colon, une portion de l'origine du grand épiploon ; tout à fait en arrière, le pancréas, et au-dessus, la portion transversale du duodénum. C'est dans cette région que l'aorte, aussitôt après être sortie des piliers du diaphragme, fournit le tronc cœliaque, la mésentérique supérieure et la rénale.

8. La région moyenne, dont la paroi postérieure est formée par

les lombes, et l'antérieure par la paroi abdominale antérieure, renferme le grand épiploon, étendu au-devant du paquet des intestins grêles; les intestins fixés à la colonne vertébrale par le mésentère, vaste repli du péritoine, renfermant dans son épaisseur l'artère mésentérique et ses divisions, les vaisseaux chylifères, un grand nombre de ganglions lymphatiques et de paquets cellulo-graisseux; plus en arrière, l'aorte et la veine cave inférieure, passant au-devant de la colonne vertébrale; à droite, le colon ascendant; à gauche, le colon descendant. Les reins occupent les flancs.

9. La région inférieure est formée, en arrière et sur les côtés, par le bassin; en avant, par la partie inférieure de la paroi abdominale. Elle renferme des circonvolutions de l'intestin grêle, recouvertes par l'extrémité inférieure du grand épiploon; le rectum, appliqué le long de la courbure du sacrum; la vessie, appliquée à la face postérieure du pubis. Entre ces deux organes, on trouve, chez la femme, les ligamens larges renfermant dans leur épaisseur, en bas, les vaisseaux et les nerfs utérins; plus haut, le cordon sus-pubien de l'utérus; plus haut encore, la trompe, l'ovaire et son ligament. Les régions iliaques sont remplies, la droite, par le cœcum, la terminaison de l'iléum; la gauche, pas l'S iliaque du colon, des circonvolutions de l'intestin grêle et le commencement du rectum.

10. Des considérations anatomiques qui précèdent, nous tirerons la conséquence suivante, que tous les organes renfermés dans la cavité abdominale sont plus ou moins accessibles au palper, excepté ceux contenus dans l'excavation thoraco-abdominale, qui s'y dérobent entièrement; car pour ceux qui sont renfermés dans le petit bassin, le toucher par le vagin et le rectum nous permet facilement de les explorer.

III.

11. Dans l'enfant naissant, l'étroitesse du bassin fait que les viscères

sont tous situés au-devant de lui; ce qui, joint au grand volume du foie, rend la face antérieure de l'abdomen plus bombée et comme hémisphérique. Cette disposition se remarque encore dans l'âge adulte, surtout vers la partie inférieure, lorsque la graisse vient à s'accumuler dans les parois et autour des viscères. Chez les femmes, l'écartement plus considérable des crêtes iliaques rend la largeur de l'abdomen plus grande en bas, et moindre en haut, ce qui lui donne la forme d'un ovoïde renversé; c'est le contraire dans notre sexe. Cette disposition se trouve encore augmentée par l'usage habituel que les premières font ordinairement du corset.

12. Les aberrations de situation, soit congénitales ou acquises, pouvant être la cause d'une foule d'erreurs en diagnostic, il est bon d'être averti de leur possibilité. Ainsi, l'on a vu fréquemment un rein au-devant du rachis, quelquefois, dans la fosse iliaque, la rate placée plus bas qu'elle ne l'est ordinairement. Toutes les fois que la pointe du cœur frappe et a toujours frappé à droite, il est très-probable qu'il existe une transposition générale, et que les organes contenus ordinairement dans la partie droite occupent la gauche.

IV.

13. Comme, pour arriver au but que nous nous sommes proposé, nous emploierons le plus souvent les secours combinés ou isolés de la vue, du palper, de la percussion, de l'auscultation et de la mensuration, peut-être ne sera-t-il pas inutile, avant d'entrer plus avant en matière, et pour éviter dans la suite des répétitions fastidieuses, de jeter quelques considérations générales sur la manière dont ces moyens devront être employés. Et d'abord, toutes les fois qu'on voudra explorer l'abdomen, la position du malade devra être telle que les muscles abdominaux soient dans le plus grand relâchement possible; pour cela, la tête, soutenue par un oreiller, devra être fléchie sur la poitrine, celle-ci sur le ventre, les jambes sur les cuisses et celles-ci

sur le bassin. Malgré ces précautions, il arrive souvent que les contractions des muscles sterno-pubiens opposent une résistance considérable à la main ; dans ce cas, en continuant de tenir la main appliquée sur l'abdomen, on tâchera, par ses discours, de fixer l'attention du malade sur un point étranger à celui qui fait alors l'objet de nos recherches. On devra souvent recourir à ce stratagême chez les personnes nerveuses et très-impressionnables.

14. L'application de la vue à la recherche des changemens de forme que présente l'abdomen, exige que les parois de cette cavité soient entièrement mises à découvert. C'est pour avoir négligé ce précepte et s'être contenté d'explorer l'abdomen à travers des vêtemens, que l'on a méconnu quelquefois chez les enfans l'existence d'une hernie étranglée, et pris cette dernière maladie pour une gastrite, une péritonite ou toute autre affection qui n'avait avec elle aucun rapport. Le palper s'applique lorsqu'on cherche à isoler, circonscrire une tumeur. On procèdera à cette opération avec beaucoup de ménagement et de souplesse ; la main sera d'abord appliquée à plat, et ce ne sera que par degrés que l'on déprimera la paroi de la cavité abdominale, de manière à épargner au malade le plus de douleur possible. La percussion peut être employée de deux manières : 1°. lorsqu'on veut produire dans l'abdomen le déplacement d'un fluide, de manière à ce que son choc devienne manifeste en un autre point de ses parois, pour y être perçu par l'explorateur: pour obtenir la fluctuation, on applique ordinairement la face palmaire de la main tout entière sur l'un des côtés de la paroi abdominale, et avec l'autre main on imprime sur la paroi opposée de petites secousses brusques et instantanées ; 2°. lorsqu'on veut reconnaître, par les divers degrés de résonnance que l'on obtient, la position respective des viscères creux et solides contenus dans l'abdomen, leur distension et leur resserrement. Elle nous sera d'un grand secours pour distinguer l'hydropisie enkystée de l'hydropisie ascite, cette dernière de la tympanite, et pour limiter d'une manière exacte les tumeurs abdomi-

nales, principalement celles qui se dérobent par leur position au palper. M. *Piorry*, en appliquant la méthode d'*Avenbrugger* au diagnostic des tumeurs abdominales, a rendu un véritable service à la science. Ce procédé exige l'intermédiaire d'un corps solide, d'un disque en ivoire (appelé par son inventeur *plessimètre*), ou simplement d'un doigt que l'on applique sur les parois de l'abdomen, et sur lequel un ou plusieurs doigts de l'autre main percutent avec plus ou moins de force. L'auscultation n'est guère employée que pour le diagnostic de la grossesse, des anévrysmes de l'aorte et de ses branches : nous en parlerons en traitant de ces dernières affections. Quant à la mensuration abdominale, elle ne peut être utile que pour juger de la marche des épanchemens ascitiques.

Pendant qu'on palpera ou que l'on percutera l'abdomen, il faudra porter de temps en temps ses regards sur la figure du malade, et examiner les différentes altérations que subiront ses traits, afin de s'assurer de la sensibilité plus ou moins vive des parties que l'on explore.

15. Pour ne pas nous égarer dans notre travail, et pour arriver à quelques précisions dans le diagnostic de nos tumeurs, je crois que l'ordre le plus convenable à suivre est celui que nous avons adopté dans l'énumération des organes contenus dans la cavité abdominale. Commençant donc par la région supérieure, nous allons de suite examiner les tumeurs du foie, et les différens signes à l'aide desquels on peut les reconnaître.

V.

16. Dans l'état sain, le foie occupe presque en entier la région hypochondriaque droite et la partie supérieure et droite de l'épigastrique; il est limité, en bas, par le rebord des fausses côtes, qu'il dépasse quelquefois d'un ou deux travers de doigt; en haut, par le diaphragme, auquel il est retenu par trois ligamens péritonéaux, l'un droit et l'autre gauche, appelés ligamens triangulaires; le troisième, moyen,

appelé *ligament suspenseur du foie* ou *faux de la veine ombilicale ;* car, chez le fœtus, il renferme dans son épaisseur ce vaisseau veineux. Ces ligamens courts et peu extensibles nous rendent facilement compte du peu de mobilité dont jouit cet organe ; aussi, quel que soit le degré de développement et de pesanteur qu'il puisse acquérir, jamais il n'abandonne entièrement l'hypochondre droit. En haut, il est séparé des dernières côtes par le diaphragme et par une portion du poumon, qui s'amincit à mesure qu'elle devient plus inférieure, de manière à occuper l'angle, à sinus supérieur, formé par ces mêmes côtes et le diaphragme. Le volume du foie est trop variable pour qu'on puisse en donner une mesure exacte ; il varie suivant la constitution, le genre de vie du sujet, et une foule d'autres circonstances inappréciables. Sa pesanteur est, terme moyen, de quatre à cinq livres. Un certain nombre de causes peuvent aussi faire varier sa situation : c'est ainsi qu'uni au diaphragme il en suit tous les mouvemens ; une pleurésie, un pneumo-thorax le font quelquefois déborder le rebord des fausses côtes de trois ou quatre travers de doigt, sans qu'il soit pour cela augmenté de volume. Cet abaissement du foie se remarque encore chez les femmes qui ont la funeste habitude de se serrer avec des corsets. Une ascite, une tympanite, et différentes tumeurs de l'abdomen peuvent le refouler en haut. M. *Andral,* dans sa Clinique, cite un cas dans lequel un rein tuméfié avait fait opérer un mouvement de bascule à cet organe, de manière que son bord antérieur débordait de deux ou trois travers de doigt. La transposition du foie n'a été observée que dans les cas de transposition générale des viscères.

17. Les signes physiques à l'aide desquels nous reconnaîtrons la tuméfaction du foie, sont : l'examen de la forme du ventre et de la partie inférieure droite de la poitrine, le palper, la percussion et l'auscultation. Dans toute tuméfaction un peu considérable de la glande hépatique, la paroi abdominale antérieure et supérieure droite, au lieu d'être cave, déprimée, comme elle l'est dans l'état

normal, forme un plan de niveau avec la paroi thoracique; quelquefois même elle la déborde. Souvent les fausses côtes sont déjetées en dehors, de sorte que le côté inférieur droit de la poitrine est rendu plus saillant, plus bombé. Ces signes s'observent principalement chez les personnes maigres, et chez lesquelles la paroi abdominale a peu d'épaisseur. Le palper fournit des renseignemens plus nombreux et plus exacts; mais comme la manière de le pratiquer est très-importante, et le procédé de M. *Andral* me paraissant préférable à tout autre, je le donne tel qu'il l'a décrit lui-même dans son ouvrage (Clinique médicale, tome IV, p. 197). « Portez sur l'hypochondre « la main disposée de telle manière que, tous les doigts étant étendus « et rapprochés les uns des autres, à l'exception du pouce, le bord « externe du doigt indicateur touche, dans toute son étendue, les « parois abdominales. Enfoncez directement la main dans cette di- « rection d'avant en arrière, puis portez-la brusquement de bas en « haut, en rapprochant son bord cubital des parois de l'abdomen, « et pressant toujours, suivant cette direction, avec son bord radial. « En procédant de la sorte, il arrive souvent qu'on parvient à circon- « scrire le bord tranchant du foie. » Une fois que l'on a circonscrit le foie inférieurement, en remontant, on le voit se perdre insensiblement sous les fausses côtes droites. En même temps, on devra opérer des mouvemens de glissement, pour s'assurer s'il n'existe pas, à la surface de l'organe, des bosselures, des enfoncemens, et si toutes les parties présentent la même densité.

18. Dans l'examen qui nous occupe, la percussion médiate ne doit pas être négligée. Toutes les fois que le foie refoule en haut le diaphragme, et qu'il déplace cette portion du poumon interposée entre le muscle et les dernières côtes, le son des parois thoraciques, dans toute leur partie inférieure droite, à partir de la cinquième et même de la quatrième côte, a une matité plus grande et plus étendue que de coutume. Nous aurons encore recours à la percussion pour limiter le foie en bas, et surtout à gauche, où, en s'enfonçant dans l'hy-

pochondre de ce côté, il se dérobe entièrement à la percussion. M. *Piorry*, que je me plais à citer, tant ses travaux sur cette matière sont importans, a appelé *jécoral* le son mat que l'on obtient en percutant la région hépatique, et *intestinal* un autre son beaucoup plus sonore que l'on obtient en percutant un point de la paroi abdominale placée au-devant d'un intestin. La ligne de niveau qui séparera ces deux résonnances nous donnera nécessairement les limites du foie en bas. On commencera donc à percuter sous le sein droit, et on continuera de haut en bas, jusqu'à ce qu'on retrouve la résonnance intestinale. Comme il peut arriver qu'inférieurement des anses intestinales s'interposent entre le foie et la paroi abdominale, il faudra dans quelques cas déprimer celles-ci de manière à pouvoir obtenir le son jécoral. On devra ensuite percuter en sens inverse, de bas en haut, et voir si l'on obtient des résultats semblables. On pratiquera cette manœuvre sur toute l'étendue du foie en avant, sur le côté droit, en arrière, transversalement. De cette manière, il est presque impossible de ne pas obtenir les limites exactes de la glande hépatique. (Voir *Piorry*, Traité de la percussion médiate.)

19. L'auscultation, avec l'aide de la percussion, nous fera reconnaître l'existence d'un épanchement de liquide ou d'air dans la cavité pleurale, et nous servira ainsi à distinguer l'augmentation de volume du foie, du simple abaissement de cet organe, et à reconnaître certains cas, rares à la vérité, mais dont on possède des observations, dans lesquels un abcès du foie communique avec les bronches.

20. Le foie, par suite de son augmentation de volume, peut occuper différens points de l'abdomen très-éloignés de ceux qu'il occupe ordinairement: c'est ainsi qu'il s'est prolongé quelquefois jusque dans la fosse iliaque droite. Malgré cela, il sera difficile de confondre cette tumeur; car je pense que l'on peut poser en principe que toute tumeur de l'abdomen, résistante, peu mobile, dont le grand diamètre

est dirigé transversalement à l'axe du corps, pouvant être limitée inférieurement à l'aide de la palpation et de la percussion, qui ira se perdre sous les fausses côtes droites, où il sera encore possible de la limiter à l'aide de la percussion et de l'auscultation, devra appartenir au foie. Les seuls cas qui rendent le diagnostic presque impossible, sont ceux d'un épanchement considérable de liquide dans la cavité du péritoine ; une ponction donnant issue à la sérosité, rétablira les parties dans un état tel qu'il sera facile de reconnaître la maladie.

21. Dans les affections du foie, les signes fonctionnels fournis par l'examen des symptômes, tant généraux que locaux, sont trop variables pour être d'un grand secours pour le diagnostic. Le plus souvent le malade est triste, sombre; il accuse un sentiment de gêne, de pesanteur, de douleur même dans l'hypochondre droit; le travail de la digestion est pénible, la peau est colorée en jaune. Lorsque la maladie est ancienne, il n'est pas rare de voir survenir une ascite ; alors la respiration est gênée, le malade ne peut garder le décubitus horizontal. Dans ces cas, il faut prendre garde de ne pas méconnaître une affection du cœur, affection qui complique si souvent les maladies du foie, ou plutôt les détermine le plus souvent. Mais, je le répète, il n'est pas un seul de ces symptômes constans ; tous peuvent manquer ou exister à des degrés excessivement variables.

VI.

22. Depuis la publication du Mémoire de *Petit* sur les tumeurs de la vésicule du fiel (Mém. acad. de chir.), l'attention des praticiens a presque toujours été portée sur cet organe, dans les cas de tuméfaction du foie. Cependant on a rencontré bien rarement le réservoir de la bile ayant acquis une distension telle que l'a observée ce célèbre chirurgien; la tumeur formée par la vésicule du fiel serait reconnue à sa forme ovoïde, pyriforme, dont la grosse extrémité serait dirigée en avant et correspondrait au rebord cartilagineux de la septième

côte, à la fluctuation dont elle serait le siége. Dans certains cas, il paraît que l'on a pu reconnaître, à l'aide de la palpation, l'existence de calculs biliaires retenus dans cette poche ; mais un signe constant dans cette affection, c'est la teinte jaune de la peau, la décoloration des matières fécales et la coloration rouge des urines.

VII.

23. La rate, située dans l'hypochondre gauche, au-dessous du diaphragme, au-dessus de la portion gauche du colon, entre la grosse extrémité de l'estomac et les dernières côtes asternales droites, au-devant de la capsule surrénale et la partie supérieure du rein gauche, est beaucoup plus éloignée que le foie de la paroi abdominale antérieure ; circonstance qui rend compte de la difficulté que l'on éprouve, lorsqu'on veut explorer cet organe à l'aide de la palpation. Son volume, suivant M. *Assolant*, est de quatre pouces de long sur trois de large ; mais il est très-commun de le rencontrer plus ou moins considérable, suivant la constitution, le genre de vie et une foule d'autres circonstances, sans que la santé générale soit troublée. Ce viscère est retenu en position par trois ligamens un peu plus lâches que ceux du foie ; l'un, appelé *épiploon gastro-splénique*, et les deux autres, *splénico-phrénique* et *splénico-colique*.

24. Pour reconnaître l'augmentation de volume de la rate, on emploiera les mêmes modes d'exploration et de la même manière que pour le foie ; la seule différence, c'est qu'il faudra opérer sur le côté gauche. On fera en sorte de choisir le temps où l'estomac est vide ; car, dans certains cas de réplétion de ce viscère, surtout lorsqu'il a acquis un grand volume, la rate est recouverte par lui presque en totalité. On aura principalement égard à la direction de la tumeur, qui, lorsqu'elle est formée par la rate, a son grand diamètre parallèle à l'axe du corps ; tandis que, dans la tuméfaction du foie, il est transversal à ce même axe. Ajoutez à cela que les tumeurs formées par

la rate ont une dureté beaucoup plus considérable. Au n°. 10 de la salle Sainte-Anne, hôpital de la Charité, service de M. *Fouquier*, a été couchée une femme, âgée de quarante ans, qui, depuis l'âge de dix-huit, avait une tuméfaction de la rate, survenue à la suite d'une longue fièvre intermittente. Cet organe, énormément tuméfié, mesuré dans son plus grand diamètre, dans le vertical, avait onze pouces d'étendue. Si l'on percutait, à partir de la sixième côte, on obtenait un son entièrement mat dans toute la partie latérale gauche de l'abdomen, jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, endroit où se terminait la tumeur. Le côté gauche du ventre était beaucoup plus saillant que le droit, et l'on voyait le bord antérieur de l'organe se dessiner à travers la paroi abdominale, le long de la ligne blanche. L'autopsie fut faite après la mort de la malade, et c'est alors qu'on reconnut que la rate avait été limitée pendant la vie avec la plus grande exactitude.

25. Les fonctions de la rate nous étant totalement inconnues, les signes fonctionnels directs et indirects des lésions de cet organe sont sans aucune valeur. Ces lésions entraînent rarement un trouble notable dans les fonctions de la circulation et de l'innervation; rarement elles sont douloureuses, même à la pression. La face des individus qui ont la rate engorgée présente un aspect terreux, analogue à celui qu'on observe chez ceux affectés de fièvres intermittentes; au reste, ces deux maladies s'accompagnent le plus ordinairement, sans qu'on puisse dire laquelle des deux est cause ou effet. Il n'est pas rare de voir l'hydropisie ascite coïncider avec cet engorgement; c'est ce que nous avons observé chez deux jeunes soldats qui avaient contracté une fièvre intermittente à Alger.

VIII.

26. Ordinairement l'estomac est situé dans la partie supérieure de l'abdomen, au-dessous du diaphragme, entre le foie et la rate, au-dessus du grand épiploon, derrière les fausses côtes gauches; son extrémité

droite, souvent recouverte par le lobe gauche du foie, correspond à peu près au niveau de l'appendice xiphoïde; de sorte que, dans ces cas, cet organe échappe entièrement à la palpation; mais comme rien n'est plus variable que la position et la distension de ce viscère, il arrive souvent qu'il se trouve appliqué contre la paroi abdominale antérieure dans une étendue plus ou moins grande. Des observations authentiques rapportent des cas de hernies inguinales et crurales, formées par le passage de l'estomac à travers les anneaux de ce nom. Dans l'état de vacuité, cet organe renferme des gaz en quantité variable; ce sont ces gaz qui déterminent la résonnance stomacale lorsqu'on percute un point de la paroi abdominale en contact avec ce viscère. Dans son état de réplétion, cette résonnance sera remplacée par un son mat ou par la résonnance humorique; à l'aide de ces deux signes, on pourra reconnaître l'estomac dans tous les points de la cavité abdominale, et même dans un sac herniaire.

27. L'inflammation chronique de la muqueuse gastrique finit par déterminer, à la longue, dans les parois de ce viscère, des tumeurs le plus souvent de nature squirrheuse, qu'il est de la plus haute importance pour le médecin de ne pas méconnaître. Tant qu'elles sont bornées aux tuniques de l'estomac, et qu'elles ne gênent pas le passage des alimens dans le duodénum, les signes physiques ne sont le plus souvent d'aucune valeur pour les faire reconnaître. Heureusement que les fonctions de l'estomac nous étant bien connues, les signes fonctionnels tirés de l'examen de ces fonctions pourront, jusqu'à un certain point, les remplacer. La supériorité que l'on accorde aujourd'hui aux premiers sur les derniers m'a fait long-temps partager cette erreur assez commune, que l'on ne pouvait croire à l'existence d'une lésion organique de l'estomac qu'autant qu'il existait une tumeur à la région épigastrique, tumeur ayant ordinairement son siége à droite de l'appendice xiphoïde; mais l'observation clinique et l'ouverture des cadavres m'ont convaincu de ce fait, qu'un grand nombre de malades qui succombent à un cancer de l'estomac, et,

sous ce nom je comprends l'ulcération chronique de la muqueuse, les différentes espèces d'indurations de celle-ci et du tissu cellulaire sous-jacent, indurations si bien observées et si bien décrites par M. *Andral;* que ces malades, dis-je, n'ont présenté aucune tumeur, du moins appréciable, pendant leur vie. Ce qu'ils ont tous présenté, c'est un trouble considérable de la digestion, caractérisé par la dyspepsie, un sentiment de gêne, de pesanteur, de la douleur à la région épigastrique, des nausées, des rapports acides, des flatuosités, des vomissemens de différentes natures, de la constipation, en un mot tous les symptômes assignés par les auteurs à la gastrite chronique, cet amaigrissement progressif et cette couleur jaune paille qui est un caractère de la cachexie cancéreuse. Si, au milieu de cet ensemble de symptômes, il survient des vomissemens noirs chocolatés, il ne peut pas y avoir de doute, la maladie est une affection squirrheuse ulcérée ou non ulcérée de l'estomac.

28. Comme un des caractères du cancer est d'envahir les tissus continus ou contigus à ceux dans lesquels il s'est primitivement développé, il arrive souvent que le cancer stomacal gagne successivement les différens replis péritonéaux qui avoisinent ce viscère, les organes voisins, tels que le pancréas et les ganglions lymphatiques situés le long des courbures de l'estomac; dans ces cas, il existe presque toujours une tumeur très-sensible à la région épigastrique. Cette tumeur, mobile, inégale, douloureuse à la pression, existe le plus souvent immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, un peu à droite de la ligne blanche. Si l'orifice pylorique est rétréci, comme cela arrive assez souvent, l'estomac acquiert une grande distension, occasionée par le séjour des alimens dans sa cavité; et si dans ce cas on ballotte l'abdomen, on obtiendra un gargouillement très-perceptible, même à distance. Les vomissemens sont aussi plus fréquens, et la constipation plus opiniâtre. Il n'est pas rare de voir tous les organes voisins envahis successivement; alors on rencontre à la région épigastrique une énorme tumeur qu'il est impossible de circonscrire,

et ici encore, les signes fonctionnels nous dévoilent si l'estomac a été primitivement le siége de l'affection. Toutes les fois qu'on procèdera à la recherche d'une tumeur dans la région épigastrique, on devra examiner le malade à jeun, lui faire prendre différentes positions, et renouveler un grand nombre de fois les recherches; car telle tumeur qui n'est pas sensible aujourd'hui, le sera peut-être demain ou un autre jour.

29. Un fait d'observation très-important à noter, c'est que le cancer de l'estomac ne se développe que dans l'âge adulte, jamais avant la trentième année. Sa marche a une durée assez longue, et met ordinairement plusieurs années à parcourir ses différentes périodes; mais ce qui est assez remarquable, c'est qu'elle présente souvent, principalement à son début, des rémissions très-marquées pendant lesquelles tout trouble de la digestion cesse, et le malade semble même revenir à la santé. Il n'est pas rare de voir survenir des hématémèses et des flux de sang, bien que ce dernier symptôme s'observe plus souvent dans le cancer des intestins. Les malades sont plongés dans une grande tristesse, un profond découragement; rarement la réaction fébrile est considérable.

30. Différentes tumeurs non squirrheuses, qui se développent dans l'abdomen, aux environs du pancréas, venant à coïncider avec des vomissemens spasmodiques ou avec une dyspepsie dépendante de toute autre cause, peuvent induire en erreur le praticien le plus exercé. Dans ces cas même, en prenant des informations exactes sur l'invasion de la maladie, en suivant la marche avec le plus grand soin, on diminuera bien certainement les chances d'erreur.

IX.

31. Les tumeurs du pancréas existent rarement seules; le plus souvent elles surviennent comme complication de l'affection dont nous

venons de nous occuper. M. *Andral* n'en cite aucun exemple dans la Clinique médicale. On peut donc considérer cette affection comme excessivement rare, et par conséquent il serait superflu d'indiquer les signes à l'aide desquels on pourrait la reconnaître, signes au reste tres-incertains, et qui auraient bien peu de valeur. Dans ce cas, comme dans d'autres analogues, on procèdera par voie d'exclusion, et après avoir dit ce que la tumeur n'est pas, on restera dans le doute sur ce qu'elle peut être.

X.

32. Toutes les parties du canal intestinal peuvent être le siége d'une dégénération cancéreuse; suivant M. *Broussais*, celles qui sont les plus vasculaires y sont plus sujettes que les autres. Les symptômes de cette affection sont très-variables; au début, on observe une constipation habituelle et des douleurs de ventre passagères, qu'on attribue souvent à des coliques nerveuses. Dans une seconde période, qui peut n'arriver qu'au bout de plusieurs années, les coliques deviennent plus vives, plus fréquentes; elles sont accompagnées de constipation, de borborygmes, et quelquefois de vomissemens glaireux. L'appétit se soutient, et le pouls n'offre pas d'altération notable. Cependant le malade maigrit, la peau devient jaune et comme terreuse; une douleur fixe dans quelque point de l'abdomen, et même une tumeur sensible au toucher, indiquent, dans quelques cas, le siége de la dégénération. Lorsque le rétrécissement de l'intestin est considérable, les vents distendent la partie supérieure du canal intestinal, dont les circonvolutions se dessinent alors à travers la paroi antérieure de l'abdomen. Si le rétrécissement est porté au point d'intercepter le cours des matières fécales, on observe tous les symptômes d'un étranglement interne. En général, plus le squirrhe est éloigné du pylore, plus la distension de l'abdomen est considérable. Dans les derniers temps de la maladie, le marasme et la cachexie parviennent au plus haut degré; c'est alors qu'on observe principalement les alternatives

de constipation opiniâtre et de diarrhées sanguinolentes ou mucoso-purulentes.

33. Lorsque le mal occupe la partie supérieure du canal intestinal, on peut facilement le prendre pour un cancer de l'estomac. Au reste, ces deux affections se trouvent souvent réunies sur le même individu. Chez un malade mort dans le service de M. *Fouquier*, à l'hôpital de la Charité, nous avons observé une multitude de petites masses squirrheuses, répandues dans toutes les parties du tube digestif; la plus considérable était ulcérée, et avait son siége à l'estomac. D'autres fois, un grand nombre de circonvolutions sont confondues dans la même masse squirrheuse. Des péritonites intercurrentes s'observent encore fréquemment dans cette affection.

XI.

34. Les reins sont situés profondément derrière le péritoine, au milieu d'une grande quantité de tissu cellulaire adipeux, sur les parties latérales du rachis et des muscles psoas, à la hauteur environ des deux dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires. Leur forme est celle d'un ovoïde comprimé sur ses deux faces, et échancré à son bord interne. Son éloignement de la paroi abdominale antérieure nous met dans l'impossibilité de l'explorer, tant qu'il conserve son volume normal.

35. Ce n'est que lorsqu'il a doublé et même triplé de volume, qu'il vient former sous cette paroi une tumeur sensible au toucher. Cette tumeur, ayant son siége dans le flanc, est immobile, allongée de haut en bas, et située profondément derrière les intestins. Sa surface est hérissée de bosselures plus ou moins considérables.

36. Les signes fonctionnels sont ici d'un grand secours pour établir le diagnostic. On s'informera si le malade ne rend pas ou n'a pas

rendu des urines purulentes ou sanguinolentes; s'il ne ressent pas ou n'a pas ressenti, dans la région lombaire, des douleurs très-vives et revenant par intervalles; on s'assurera en même temps de l'état d'intégrité de la vessie. Alors l'existence de ces signes coïncidant avec une tumeur dans un des flancs, devra nous faire conclure l'existence d'une lésion organique du rein. Je sais que des hydatides peuvent se développer dans l'organe de la sécrétion urinaire, sans cependant altérer cette sécrétion : j'en ai vu un exemple pour mon compte; mais la tumeur n'avait pas été reconnue pendant la vie.

37. Quelquefois il arrive que des tumeurs du rein viennent s'ouvrir au-dehors, dans la région lombaire. Dans ce cas, l'écoulement du pus mêlé d'urine, la sortie de calculs par le trajet fistuleux, sont des signes qui ne permettent pas de confondre la maladie. On pourra consulter à ce sujet le savant Mémoire de M. *Hévin*, dans lequel se trouvent un grand nombre d'observations de ce genre. (Académ. de chirurg., Mém., t. III., pag. 238, édit. in-4°.)

38. Comme le rein gauche et la rate se touchent dans l'état normal, on conçoit facilement qu'une tumeur du rein soit prise pour une de la rate, *et vice versâ :* mais si l'on a égard que la tuméfaction de la rate survient ordinairement à la suite de longues fièvres intermittentes, et si l'on porte en même temps son attention sur les fonctions de la sécrétion urinaire, on diminuera certainement les chances d'erreur. Au reste, il faudrait que le rein eût acquis un volume bien plus considérable que celui qu'il acquiert ordinairement pour venir donner un son mat, lorsqu'on percuterait la paroi antérieure de l'hypochondre gauche; et c'est ce qui arrive lorsque la rate a acquis un volume de manière à pouvoir en imposer pour une tumeur du rein.

XII.

39. Des tumeurs de différentes natures peuvent se développer et se développent en effet dans le vaste repli du péritoine appelé *mésentère.* Ces tumeurs plus ou moins mobiles, le plus souvent immobiles, lors-

qu'elles ont acquis un volume considérable, sont ordinairement situées devant la colonne vertébrale, derrière les circonvolutions des intestins grêles; circonvolutions qu'il faut déplacer pour pouvoir les apprécier avec la main. Leur diagnostic est en général difficile, et on ne parviendra le plus souvent à l'établir qu'en procédant par voie d'exclusion et en examinant avec soin l'état des organes voisins. Ces tumeurs reposant sur des gros troncs artériels, et étant le siége de battemens plus ou moins obscurs, ont été souvent prises pour des anévrysmes; nous y reviendrons en nous occupant de ces derniers: mais ce dont je veux principalement parler ici, c'est du diagnostic du carreau, maladie grave qui affecte presque exclusivement les enfans.

40. Le carreau est un nom vulgaire, métaphorique, sous lequel on désigne l'affection tuberculeuse des ganglions mésentériques. Dans cette maladie, le volume du ventre forme un contraste frappant avec l'amaigrissement et la diminution de volume des autres parties. Cependant il faut remarquer, avec M. *Guersent*, que très-souvent cette augmentation de volume du ventre dépend moins de la grosseur des ganglions mésentériques que de la distension des intestins par des gaz. Si l'on palpe l'abdomen avec soin, on sent presque toujours des corps durs, arrondis, bosselés, placés profondément derrière les circonvolutions intestinales, et occupant ordinairement les régions ilio-cœcales et ilio-lombaires.

41. La gastro-entérite chronique, lorsqu'elle ne l'a pas déterminé, existe constamment avec le carreau; aussi l'ensemble de symptômes qui caractérisent la première peuvent lui être assignés, et dans la dernière période de la maladie, on observe tous les symptômes de la fièvre hectique, de résorption purulente, avec un amaigrissement porté jusqu'au marasme, la décoloration de la peau, la bouffissure des extrémités, et des épanchemens de sérosité dans le péritoine et les autres cavités séreuses.

42. Cette maladie ne pourrait être confondue, par un bon observateur, qu'avec la gastro-entérite chronique ; mais comme pour nous ces deux affections ne sont pas essentiellement différentes ; que la dernière, long-temps prolongée, détermine le plus souvent l'autre ; que, du reste, elles réclament le même traitement, on me pardonnera, je l'espère, de ne pas m'appesantir plus long-temps sur leur diagnostic différentiel.

XIII.

43. M. *Dance*, l'une des victimes du choléra, et que la science regrette le plus, avait attiré, de nos jours, l'attention des médecins sur une affection qui était peu connue de ses devanciers. Je veux parler des abcès de la fosse iliaque droite. Dans un mémoire publié sur ce sujet, et inséré dans le tome XVII des Archives médicales, cet habile observateur explique d'une manière très-heureuse leur formation, par la disposition qu'affecte, en cet endroit, le canal intestinal. C'est là, en effet, que l'intestin, se dilatant tout à coup, forme le cul-de-sac appelé *cæcum ;* c'est à partir de ce point que les matières fécales commencent à circuler contre les lois de la pesanteur : dispositions qui favorisent le séjour de ces matières dans cet organe, et tendent par conséquent à l'enflammer. Il paraît, suivant le même auteur, que, dans le plus grand nombre des cas, c'est à la suite de cette irritation chronique que le tissu cellulaire subjacent aux parois de l'intestin devient le siége, à son tour, d'une inflammation phlegmoneuse qui détermine l'abcès de la fosse iliaque droite.

44. Cette tumeur phlegmoneuse a été observée beaucoup plus souvent chez les hommes que chez les femmes ; elle s'annonce souvent par des phénomènes précurseurs, tels que des coliques sourdes qui aboutissent dans la fosse iliaque et qui s'accompagnent alternativement de constipation et de diarrhée, et reparaissent à des intervalles plus ou moins éloignés. A une époque plus avancée, si l'on vient à palper la région iliaque droite, on la trouve plus tendue, plus résistante et

quelquefois plus saillante que celle du côté opposé. Chez les sujets qui ont la paroi abdominale souple, il est possible de circonscrire une tumeur d'une dureté assez grande, et plus douloureuse au toucher que tout autre point du ventre. Enfin, si l'on percute les points de la paroi abdominale correspondant à la tumeur, on obtient un son mat; celle-ci continuant à s'accroître, il arrive une époque où elle comprime le cœcum et apporte un obstacle à la circulation des gaz et des matières fécales; cette compression peut être portée au point de déterminer tous les symptômes d'un étranglement.

45. Lorque les tumeurs continuent leur marche progressive, elles finissent, en se ramollissant, par devenir le siége d'une fluctuation bien manifeste et par s'ouvrir le plus souvent dans le cœcum (quatre fois sur cinq), en donnant lieu à des selles purulentes. L'existence de ces selles, coïncidant avec l'affaissement de la tumeur iliaque, sont deux caractères qui ne permettent pas de confondre la maladie. Lorsque le pus se fait jour au dehors, à travers la paroi abdominale, ce qui est plus rare et moins avantageux pour le malade, il a une odeur analogue à celle des matières fécales. J'ai vu un abcès de ce genre qui s'ouvrit à la fois, et au-dehors, un peu au-dessus de l'arcade crurale, et en dedans, dans l'intestin; de sorte que, en pressant le ventre du malade, on faisait sortir une grande quantité de gaz à travers l'ouverture abdominale.

46. Cette affection pourrait être confondue, par un observateur très-superficiel, avec un amas de matières fécales dans le cœcum; mais l'erreur ne peut jamais être de longue durée. Il sera plus facile de confondre avec elle les foyers purulens qui surviennent chez les femmes, à la suite des couches, autour et dans l'épaisseur des muscles psoas et iliaques. Dans ce dernier cas, la maladie est plus aiguë et simule assez bien une métrite ou une péritonite; on observera de l'œdématie et une gêne plus grande dans les mouvemens du membre

correspondant aux abcès; ajoutez à cela que la tumeur, étant plus profonde, ne pourra jamais être aussi exactement circonscrite.

XIV.

47. Dans l'âge adulte, la vessie, lorsqu'elle est vide, est logée dans l'excavation pelvienne, derrière la symphyse des pubis. Lorsque, par suite de l'accumulation de l'urine dans sa cavité, elle s'applique contre la paroi abdominale antérieure, et vient former une tumeur dans la région épigastrique, alors elle est circonscrite en haut par les intestins grêles, à gauche par l'S iliaque du colon, à droite par le cœcum, tous viscères creux contenant des gaz, et susceptibles de donner un son clair à la percussion.

48. Dans certaines affections cérébrales, dans le cours d'une fièvre grave, il est souvent de la plus haute importance de porter son attention du côté de la vessie. La tumeur de cet organe, formée par le séjour de l'urine dans sa cavité, sera reconnue, 1°. à son siége, savoir : au-dessus de la symphyse du pubis, et sur la ligne médiane; 2°. à sa forme globuleuse, ce dont on pourra s'assurer à l'aide de la palpation et de la percussion; on pourrait même y joindre le toucher par le vagin ou le rectum, si ordinairement les autres signes ne suffisaient pas. Au reste, le cathérisme est une opération si simple, qu'on devra y recourir même dans les cas qui laissent le plus léger doute.

XV.

49. Par suite du relâchement et de l'atonie de certains organes, il n'est pas rare de voir, chez les vieillards ou les personnes affectées de paraplégie, s'accumuler dans le rectum un amas de matières fécales qui, en s'endurcissant dans les intestins, distendent le ventre et sont la cause d'accidens plus ou moins graves. J'ai vu survenir, dans un cas de ce genre, tous les accidens d'un étranglement interne; le ma-

lade n'était pas allé à la selle depuis trois semaines ; son ventre était dur, ballonné ; il était impossible de lui donner des lavemens : après la sortie des matières, tous les accidens ont disparu. Dans les cas de ce genre, la palpation de la région hypogastrique, le rapport du malade ou celui des personnes qui l'entourent, pourront bien attirer l'attention du praticien; mais il n'acquerra une certitude complète sur la nature de l'obstacle qu'en introduisant le doigt indicateur dans le rectum.

5o. Cet intestin est souvent le siége d'une foule d'affections organiques qui sont méconnues pendant la vie; on en trouvera la raison, je pense, dans la répugnance qu'affectent le plus grand nombre des malades et même des médecins pour explorer cet organe avec le doigt. Combien de cancers du rectum, de tumeurs hémorrhoïdales internes, etc., n'ont-elles pas été prises pour des entérites, des maladies de la vessie et de l'utérus, etc., *et vice versâ ?* Toutes les fois qu'on aura lieu de croire à une affection du rectum, on ne se contentera pas de regarder l'anus, comme cela se pratique ordinairement, mais on portera le doigt indicateur dans l'intestin : de cette manière, on évitera toute erreur de diagnostic.

XVI.

51. Chez l'homme, le col de la vessie est enveloppé d'un corps glanduleux, situé entre le rectum et la symphyse du pubis. Cet organe, auquel on a donné le nom de prostate, est susceptible d'acquérir, principalement chez les vieillards, un volume tel, qu'il gêne la défécation et l'émission des urines. Cette tuméfaction de la prostate se révèle par un sentiment de chaleur, de pesanteur au périnée, par la difficulté d'aller à la garde-robe et de rendre les urines. Si on introduit un doigt dans le rectum, on sent, vers la paroi antérieure et inférieure de l'intestin, la tumeur formée par la prostate : cette tumeur est ordinairement douloureuse à la pression. La sonde, intro-

duite dans le canal de l'urètre, pénètre facilement jusqu'à la portion prostatique, s'il n'y a pas de rétrécissement dans le canal; mais, si on veut la faire pénétrer plus avant, on sent un obstacle difficile à surmonter, et on détermine une douleur plus ou moins vive; j'ai vu un cas de ce genre où il a été impossible de faire entrer la sonde: la ponction de la vessie a dû être faite pour permettre l'évacuation des urines, et par là empêcher la rupture de la vessie.

XVII.

52. Les affections de l'utérus sont si communes, si variées, que le médecin ne saurait trop concentrer sur elles toute son attention; car je n'en connais pas qui aient donné plus souvent lieu à de funestes méprises. Cet organe est placé profondément dans l'excavation pelvienne, entre la vessie et le rectum, au-dessus du vagin, au-dessous des circonvolutions des intestins grêles. Deux vastes ligamens péritonéaux, renfermant dans leur épaisseur les ligamens ronds, servent à le maintenir en position. Bien que le plus souvent l'utérus soit incliné un peu à droite de la ligne médiane, cependant, en raison de la mobilité, de l'élasticité de ses ligamens et d'autres causes qu'il n'entre pas dans mon sujet d'exposer, il est susceptible d'affecter une foule d'autres positions, parmi lesquelles je signalerai l'antéversion et la rétroversion comme étant assez communes, et celles qu'il est le plus important de bien reconnaître.

53. L'antéversion, qui fut pour *Levret* le sujet d'une grave méprise, n'a été bien décrite pour la première fois que par ce célèbre chirurgien. Cette maladie, très-rare pendant la grossesse, est assez commune pendant la vacuité. Il n'est pas d'élève, fréquentant les cliniques, qui n'ait occasion de la rencontrer plusieurs fois dans le cours d'une année. Dans ce déplacement, occasioné, suivant *Levret*, par un engorgement de la paroi antérieure de l'organe; par la trop grande brièveté des ligamens ronds, suivant *Morgagni*, et par une foule d'autres causes,

le fond de l'utérus vient se loger derrière la symphyse du pubis, tandis que le col appuie contre le sacrum. Un sentiment de pesanteur sur le siége, l'impossibilité de satisfaire le besoin d'aller à la garderobe, des envies fréquentes d'uriner, quelquefois une rétention d'urine complète, tels sont ordinairement les principaux symptômes qui annoncent cette affection. Si on touche la malade, le doigt rencontre aussitôt la face antérieure de la matrice, qui déprime la paroi antérieure du vagin, au point, dans certains cas, d'obstruer ce canal. Le museau de tanche, au contraire, est fort en arrière; le plus souvent il faut le chercher dans la concavité du sacrum; il est quelquefois si élevé, en raison d'une bascule de l'axe du viscère, qu'on a la plus grande peine à l'atteindre. Si, du bout de l'index recourbé en crochet, on ramène en avant l'orifice utérin; si, de ce même doigt étendu, on repousse le fond de l'utérus, on lui rend sa direction normale, et, tant qu'il conserve cette position, on voit disparaître tous les accidens.

54. La rétroversion, assez commune dans les trois premiers mois de la grossesse, impossible après le sixième, rare dans l'état de vacuité, est un vice de position opposé à celui que nous venons de décrire; dans ce cas, c'est le col qui vient presser la vessie, tandis que le fond se loge dans la concavité du sacrum. Quant aux symptômes, ils sont les mêmes, ils résultent de la compression exercée sur la vessie et le rectum. Si on touche la malade, on trouve une tumeur arrondie, résistante, recouverte par la paroi postérieure du vagin; plus en avant, sous le pubis, on trouve une fente formée par la rencontre de la paroi antérieure et de la postérieure de ce canal; en portant le doigt dans cette fente, ce qui n'est pas toujours facile, on y découvre l'orifice utérin. En repoussant le fond et en abaissant le col, on parvient quelquefois à ramener, momentanément du moins, l'organe dans sa position naturelle. On pourrait confondre l'antéversion et la rétroversion avec une tumeur développée dans une des parois de l'utérus; ces deux affections peuvent exister simultanément; il suffit d'être averti de la possibilité de cette méprise pour l'éviter. J'ai eu occasion d'ob-

server une antéversion de l'utérus qui avait donné lieu à une rétention d'urine, d'abord, et par suite à des fistules urinaires; de sorte qu'il ne s'écoulait aucune goutte de liquide par l'urètre; cette malade portait cette incommodité depuis trois ans, et elle m'a dit que, dans le principe, chaque fois qu'elle avait commerce avec un homme, elle éprouvait un grand soulagement, et elle urinait avec plus de facilité. J'en ai observé un autre cas dans le service de M. *Fouquier*, sur une malade qui éprouvait des douleurs tellement vives lorsqu'elle se livrait à quelques exercices, principalement à la marche, qu'elle gardait le lit depuis trois mois. L'application d'un pessaire fit cesser ces accidens.

55. La palpation de la région hypogastrique est si souvent mise en usage pour apprécier le volume de l'utérus, soit dans l'état de grossesse ou de maladie de cet organe, que nous croyons utile de donner quelques règles générales sur le moyen de la pratiquer de la manière la plus convenable. La position de la malade doit être la même que pour la palpation des autres régions de l'abdomen; elle sera couchée sur le dos, de manière à ce que les muscles soient dans le plus grand relâchement possible. On lui recommandera de ne faire aucun effort et de s'abandonner entièrement. Appuyée à plat, d'abord en travers, puis en long sur l'hypogastre, la main déprime les parois abdominales, en exécutant quelques mouvemens latéraux pour éloigner les viscères les plus mous, les plus mobiles, tels que les anses intestinales. Lorsque la main rencontre quelque corps dur, la pulpe des doigts est ramenée sur lui pour l'explorer avec plus de soin, en se promenant à sa surface, et en le poussant de divers sens de manière à juger de son volume, de sa forme, de sa consistance, de sa mobilité et de sa connexion avec les autres organes. Quelquefois, pour atteindre le fond de l'utérus, il faudra déprimer les parois abdominales et les enfoncer jusque dans le bassin, à l'aide des doigts graduellement fléchis, la paume de la main s'appuyant au-devant de la symphyse des pubis. Cette manœuvre exige que la vessie soit vide, ainsi que le gros intes-

tin, afin que la plénitude du cœcum et du colon iliaque ne vienne pas tromper l'explorateur.

56. Bien que les signes physiques, principalement ceux que l'on obtient à l'aide de la palpation, du toucher par le vagin, et dans quelques cas par le rectum, soient les seuls qui puissent nous faire apprécier le volume exact de l'utérus, cependant, dans les cas de tuméfaction de cet organe, on ne doit pas négliger les différens signes fonctionnels, soient locaux, soient généraux. Ces signes, excessivement variables, suivant l'âge, la constitution, et principalement les affections qui leur donnent naissance, sont le plus ordinairement : l'irrégularité des menstrues, leur suppression; des pertes utérines, des flueurs blanches abondantes, et parfois teintes de sang, tantôt continuelles, tantôt cessant par intervalles, et reparaissant surtout après une fatigue; un sentiment de pesanteur sur le siége, des tiraillemens douloureux dans les reins et les aines, quelquefois un œdème des extrémités inférieures; enfin la décomposition des traits, la pâleur de la face, la bouffissure, ou une maigreur très-grande. Un symptôme assez constant dans les affections de l'utérus, c'est une irritabilité très-grande de l'estomac, qui prédispose singulièrement aux vomissemens. Ces symptômes, portés à un très-haut degré dans les cancers, sont moins marqués s'il s'agit d'un polype ou d'une tumeur fibreuse peu volumineuse. Dans ces derniers cas, ils peuvent manquer totalement; tandis qu'ils sont quelquefois portés au plus haut degré dans une irritation chronique de la muqueuse, comme dans le catarrhe utérin.

57. Lorsque le palper, exercé sur la région hypogastrique, nous a fait reconnaître dans l'excavation pelvienne une tumeur plus ou moins mobile, arrondie, située sur la ligne médiane ou plutôt légèrement inclinée à droite, pour s'assurer si cette tumeur appartient réellement à l'utérus, il faut introduire le doigt indicateur dans le vagin. Alors, si avec le doigt on pousse la tumeur, l'autre main ap-

pliquée sur l'hypogastre en reconnaît l'impulsion et la lui rend alternativement : c'est ainsi qu'on peut réellement apprécier la direction, l'élévation, le poids et la mobilité de l'utérus. Si l'on a affaire à un polype qui fasse saillie dans l'intérieur du vagin, le diagnostic est encore plus facile, et il faut vraiment qu'un praticien soit bien inhabile pour les confondre, dans l'état actuel de la science, avec un renversement de cet organe, et surtout avec son prolapsus.

58. Des corps fibreux pédiculés de l'utérus, faisant saillie dans la cavité abdominale, ont été souvent pris pour des tumeurs de l'ovaire ; ces dernières sont, en général, plus latérales, un peu plus superficielles, et ne sont pas accessibles au toucher par le vagin et le rectum. Avouons, malgré cela, que la méprise est souvent impossible à éviter.

59. On ne saurait trop apporter de soins à bien distinguer l'augmentation de volume de l'utérus dépendant d'une grossesse, de celle qui serait occasionée par le développement de productions morbides. L'erreur devient presque impossible, à partir du quatrième ou cinquième mois de la gestation ; car à cette époque la fluctuation, et surtout le ballottement, sont exécutables. Cependant si, après avoir donné la plus grande attention aux circonstances commémoratives, aux différens symptômes tant locaux que généraux, il pouvait rester quelques doutes, et si l'on pouvait soupçonner une grossesse de trois mois, dans ce cas, il faudrait attendre, examiner souvent et attentivement le développement ultérieur de la matrice et la marche des symptômes : il ne se passera guère plus d'un mois, ou deux au plus, avant que l'on ait acquis une certitude complète. Dans le cas de grossesse, l'utérus se développe d'une manière plus uniforme et plus rapide. Enfin arrivera une époque où l'on percevra le ballottement d'abord, ensuite le bruit placentaire, les battemens de cœur du fœtus et ses mouvemens actifs ; alors plus de doute, la femme est enceinte : il faut respecter le travail de la nature, et ne pas le contra-

rier par une médication dont le moindre inconvénient serait d'être inutile.

XVIII.

60. Les tumeurs chroniques de l'ovaire, très-rares dans la première moitié de la vie, sont très-communes dans la seconde. Ce qui les caractérise principalement, c'est leur grande mobilité, la lenteur avec laquelle elles s'accroissent et le peu de trouble qu'elles déterminent dans l'économie, ce qui fait que les malades ne sont le plus souvent averties de leur existence que lorsqu'elles ont déjà acquis un certain volume. Quelquefois celles-ci n'en savent rien; c'est un médecin qui, en palpant l'abdomen, les reconnaît le premier. A la longue, elles peuvent acquérir un volume tellement considérable qu'on pourrait, au premier aperçu, les confondre avec une hydropisie ascite très-volumineuse.

61. Ces tumeurs, à leur début, ont ordinairement leur siége dans l'une des fosses iliaques, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Quelquefois elles sont moins superficielles, et on les rencontre au niveau du détroit supérieur du bassin. Il n'est pas rare de les voir occuper la ligne médiane du corps, de manière à simuler la grossesse. Dans ce cas, si on imprime des mouvemens à la tumeur, elle a beaucoup plus de tendance à se porter du côté vers lequel elle a pris naissance. Si l'on interroge la malade sur la manière dont elle s'est développée, elle vous dit qu'elle a été latérale d'abord, que ce n'est que long-temps après qu'elle a occupé le siége qu'on lui trouve maintenant. Cette tumeur change de position suivant que le décubitus a lieu sur un côté ou sur l'autre, sur le dos ou sur le ventre. Tous ces signes sont de la plus haute importance. Si on promène la main sur la surface, on sent des bosselures, les unes plus ou moins élastiques, les autres plus ou moins dures. Dans certains cas, on obtient une fluctuation manifeste. Enfin la paroi abdominale antérieure donnera un son mat à la percussion, dans les points correspondant

à la tumeur, et un son clair, intestinal, dans les points où elle cesse d'exister. A l'aide de ce seul procédé nous sommes souvent parvenu à reconnaître si la tumeur appartenait à l'ovaire droit ou gauche. Supposez qu'elle appartienne à ce dernier, toute la fosse iliaque gauche donnera un son mat, tandis que la droite donnera un son clair, ne serait-ce que vers les parties latérales et inférieures. L'âge de la malade (on ne les observe guère qu'après la trentième année); l'extrême lenteur avec laquelle elles se développent, le peu de trouble qu'elles apportent dans l'exercice des fonctions, car elles ne gênent en général que par la pression qu'elles exercent sur les organes voisins, sont des signes qui, bien qu'ils n'aient pas la même valeur que les précédens, ne sauraient trop appeler l'attention du médecin, s'il ne veut pas s'exposer à commettre d'erreurs.

62. Si l'on a présent à la mémoire ce que nous avons dit, tant dans ce paragraphe que dans celui où nous avons parlé de la tuméfaction de l'utérus, il sera impossible de confondre, comme cela est arrivé souvent, l'hydropisie enkystée des ovaires avec la grossesse, l'ascite et l'hydropisie enkystée du bas-ventre. Pour ne parler que de ces deux dernières affections, dans l'ascite, le liquide se portera toujours vers les parties les plus déclives. Quand la malade sera couchée sur le dos, on obtiendra un son mat en percutant les flancs; et un son clair, intestinal, si l'on percute sur le niveau de la ligne blanche: le résultat sera entièrement opposé dans le cas où une tumeur de l'ovaire pourrait, par son volume, en imposer pour une ascite. On s'expliquera facilement la cause de ces différences par la place qu'occupent les intestins, suivant que l'on a affaire à la première ou à la seconde de ces deux affections. Dans l'ascite, il existera un trouble bien plus considérable dans les fonctions, trouble qui forcera le plus souvent la malade à garder le lit. Quant à l'hydropisie enkystée du péritoine, son siége, plus superficiel, d'où une fluctuation plus sensible; son immobilité, le rapport de la malade sur le point où elle a com-

mencé à se manifester, l'absence des bosselures, sont autant de signes qui ne permettent pas de les confondre.

63. L'hydropisie de la trompe devra être souvent confondue avec celle de l'ovaire. La rareté de la première nous met dans l'impossibilité d'exposer les signes qui pourraient la faire distinguer. Les grossesses extra-utérines seront souvent confondues avec les tumeurs de la région hypogastrique, principalement avec celles de l'utérus et des ovaires. De tous les signes donnés par les auteurs pour reconnaître ces grossesses, je n'en reconnais qu'un seul de positif, les mouvemens actifs du fœtus, peut-être encore les battemens du cœur et le souffle placentaire. Mais si l'on a égard que, dans le plus grand nombre des cas, rarement le fœtus acquiert un développement assez considérable pour les déterminer, on admettra avec nous que l'on doit se tromper le plus souvent, et c'est en effet ce qui est arrivé : car le plus grand nombre des grossesses extra-utérines n'ont été reconnues qu'à l'autopsie de la femme. Peut-être l'âge, les circonstances commémoratives pourront, dans certains cas, donner de fortes probabilités.

XIX.

64. Des tumeurs anévrysmales peuvent se rencontrer dans la cavité abdominale ; elles sont situées sur le trajet des principaux troncs artériels, ordinairement sur celui de l'aorte et de ses divisions. Leur volume, leur forme, comme ceux des tumeurs de cette espèce, est excessivement variable ; placées le plus souvent au-devant de la colonne vertébrale, elles sont le siége de battemens isochrones à ceux du pouls. L'oreille nue, ou armée du stéthoscope, appliquée sur la tumeur, percevra un bruit de souffle analogue à celui que l'on entend dans les cas d'affections organiques du cœur. Ordinairement elles ne déterminent aucun trouble notable dans les fonctions ; les malades digèrent bien et ne perdent rien de leur embonpoint ; lorsqu'elles ont acquis un volume considérable, elles peuvent, en com-

primant les organes voisins, gêner plus ou moins l'exercice de ces organes, et déterminer des symptômes variables, dont un des plus constans est l'œdématie des membres inférieurs.

65. Dans certains cas, une tumeur développée au-devant de l'aorte reçoit de ce vaisseau des pulsations qui peuvent simuler un anévrysme; mais ici il y a élévation et abaissement, et non pas une véritable dilatation; pour peu qu'elle soit mobile, on fera disparaître les mouvemens en la déviant un peu à droite ou à gauche. Quand on peut embrasser la tumeur dans la paume de la main, la différence de ces battemens est facile à saisir.

66. Il n'est pas rare de rencontrer à la région épigastrique des battemens, quelquefois assez considérables pour soulever la paroi abdominale, qui pourraient être pris pour un anévrysme du tronc cœliaque. Ces battemens, qui sont le résultat d'une exagération anormale des pulsations de ce même tronc artériel, s'observent principalement chez les personnes affectées de névroses, telles que l'hystérie et l'hypochondrie. Ils ont pour caractères principaux de ne se montrer qu'après différens intervalles, de disparaître avec l'affection principale, et de n'être pas isochrones aux pulsations de l'artère radiale.

Morgagni rapporte un cas de ce genre, dans la Lettre 49 (*de Sedibus et Causis*, etc.). Nous-même, dans le service de M. *Fouquier*, où se trouvent souvent réunies une foule d'affections nerveuses, nous avons eu occasion d'en observer un grand nombre; de plus, nous avons remarqué qu'il existait souvent sur le trajet de l'artère un véritable souffle, percevable à l'oreille nue ou armée du cylindre de *Laennec*. L'adhérence complète du péricarde au cœur détermine encore à la région épigastrique un mouvement de soulèvement et d'abaissement qui pourrait également en imposer à une personne qui ne serait pas prévenue. Enfin chez les sujets amaigris, et dont le ventre est cave, on perçoit si facilement, avec la main appliquée simplement à plat sur le ventre, les pulsations du tronc cœliaque et de l'aorte, que l'on

pourrait, dans certains cas, penser à tort qu'il y a quelque chose d'anormal dans ces pulsations.

XX.

67. Dans le principe, j'avais l'intention de parler de la nature des tumeurs de l'abdomen ; mais il règne encore dans la science une si grande obscurité sur ce point, que j'ai dû renoncer à mon projet. Quels sont, en effet, les symptômes qui différencient le cancer du foie des tubercules, des hydatides et des abcès même de cet organe? Ce que je dis ici de cet organe, on pourrait le dire presque de tous les autres ; dans un cas de squirrhe du rein observé par M. le docteur *Cullerier*, cet organe avait triplé de volume, il formait une tumeur volumineuse dans le flanc gauche ; et cependant le malade n'avait jamais accusé aucune douleur dans cette région, même lorsqu'on comprimait la tumeur ; jamais la sécrétion urinaire n'avait été dérangée : la mort arriva à la suite d'une affection étrangère. (Observation communiquée.)

68. En général, on peut dire que les tumeurs squirrheuses sont dures, inégales, qu'elles sont le siége d'élancemens douloureux, vifs, passagers, comparables à des piqûres d'aiguille; ajoutez à ces symptômes locaux l'ensemble de ceux qui caractérisent la cachexie cancéreuse. On s'informera si les parens du malade n'ont pas été affectés de cancer, et si lui-même n'en porte pas ou n'en a pas porté dans d'autres régions. On devra croire que la tumeur est formée par une dégénérescence tuberculeuse, si elle appartient à un sujet scrophuleux, dont les ganglions lymphatiques sont engorgés, qui est déjà phthisique ou sur le point de le devenir. Quant aux hydatides, aux corps fibreux, leur extrême chronicité, le peu de trouble qu'ils déterminent dans l'économie, sont des signes qui pourront les faire présumer dans certains cas.

69. Après avoir examiné les principales tumeurs que l'on rencontre dans la cavité abdominale, je crois qu'il est indispensable de parler de deux affections qui viennent assez souvent les compliquer et qui rendent leur diagnostic plus obscur. Ce serait laisser de côté la plus belle partie de notre sujet, si nous nous abstenions de parler de l'ascite et de la tympanite, et si nous n'exposions pas les signes qui les font reconnaître.

XXI.

70. Lorsqu'un épanchement ascitique est assez considérable pour distendre la paroi abdominale, pour la rendre plus bombée, la fluctuation devient très-sensible, et il suffit, pour la percevoir, d'appliquer une des mains à plat contre le flanc, et de percuter avec l'autre main un point du flanc opposé. Ici encore, la percussion exercée sur tous les points de la paroi abdominale donnera un son mat. Mais, si le liquide n'existe qu'en petite quantité, et si, en même temps, les intestins sont distendus par des gaz, ces deux signes, la fluctuation et la matité, ne se rencontreront plus, à moins qu'on n'emploie pour les obtenir quelques procédés particuliers. Ces procédés appartiennent, l'un à M. *Tarral*, c'est celui qui concerne la fluctuation; l'autre à M. *Piorry*, c'est la percussion plessimétrique Tous deux reposent sur ce fait d'observation, que les liquides contenus dans la cavité péritonéale obéissent aux lois de la pesanteur, et gagnent toujours les parties les plus déclives. C'est donc dans ces parties qu'il faudra chercher la fluctuation et la matité. Appliquez, dit M. *Tarral*, les deux mains sur l'abdomen, en ne les séparant l'une de l'autre que de deux ou trois pouces d'intervalle, de sorte que les indicateurs, parallèlement placés, se regardent par leurs bords externes; donnez alors de légères secousses aux parois abdominales avec l'indicateur de la main droite, et vous déterminerez dans le fluide épanché un mouvement ondulatoire, que percevra promptement l'indicateur de la main gauche. Si vous percutez, dit M. *Piorry*, sur le plessimètre appliqué successivement sur tous les points de la paroi

abdominale, on trouve, dans les cas d'épanchemens peu considérables, vers l'ombilic, plus de sonoréité que dans l'état ordinaire; c'est qu'alors les gaz intestinaux, plus légers, s'élèvent dans la portion du tube digestif située au-dessus de l'épanchement, et produisent ce résultat. Plus en dehors et plus inférieurement, à une distance variable suivant la quantité de liquide, on rencontre et de la matité et un peu moins d'élasticité au doigt. C'est autour et sur une ligne de niveau que la transition a lieu. Plus on explore inférieurement, plus la matité et la résistance au doigt augmentent; si l'on fait changer de position au malade, de manière à opérer le déplacement du liquide, à lui faire occuper, par exemple, le flanc gauche, et pour cela il suffit de le faire coucher de ce côté, on obtiendra de la sonoréité dans le flanc droit, et une matité plus grande et plus étendue dans le gauche. On fera bien de répéter l'expérience inverse et de comparer les résultats obtenus. (*Piorry*, Traité de la percuss. méd.)

71. A l'aide de ces deux procédés, un praticien tant soit peu exercé reconnaîtra non-seulement des quantités très-minimes de liquides dans la cavité péritonéale, mais encore il ne lui sera pas possible de confondre l'ascite avec d'autres maladies qui ont avec elle la plus grande analogie : je veux parler de l'hydropisie enkystée du péritoine et des ovaires. Dans ces deux cas, la fluctuation est plus difficile à percevoir; elle est bornée, circonscrite, et ne s'obtient jamais que dans les mêmes points, à moins que le kyste ne soit très-mobile, ce qui est très-rare. Les intestins sont du côté opposé à la tumeur, et n'occupent pas les points les plus élevés de l'abdomen; le son est plus mat et la forme du ventre irrégulière, bosselée (*Frank*, *Rostan*, *Piorry*); ajoutez à cela que l'ensemble des symptômes généraux est bien différent.

72. L'ascite se trouve liée, dans le plus grand nombre des cas, à une affection ancienne du cœur et des gros vaisseaux, ou à un état particulier du foie, appelé dans ces derniers temps *cirrhose*. Dans le

premier cas, on observe tous les symptômes des maladies du cœur. Dans le second, c'est un amaigrissement très-prononcé, une couleur terreuse de la peau. Le malade est apathique, nonchalant; il désespère de son état, et entretient sans cesse les personnes qui l'entourent de sa fin prochaine.

XXII.

73. La tympanite, ou le gonflement du ventre produit par l'accumulation de gaz dans le canal digestif, s'observe le plus souvent comme complication dans la phlegmasie aiguë ou chronique de la muqueuse intestinale, et dans celle de la tunique péritonéale. L'élasticité et la sonoréité plus grande de la paroi abdominale, tels sont les signes qui ne permettent pas de confondre cette affection avec aucune autre. Dans certaines névroses, telles que l'hystérie et l'hypochondrie, il n'est pas rare de voir les intestins distendus par des gaz. Cet état coïncidant avec une exaltation de la sensibilité et l'accélération du pouls, en a imposé, dans quelques cas, à des médecins, et a fait croire à l'existence d'une péritonite commençante ; tant il est vrai de dire que nous devons toujours être en garde contre l'erreur, même dans les cas qui nous paraissent les plus simples.

PROPOSITIONS DE MÉDECINE PRATIQUE.

I.

Si j'en juge d'après un certain nombre d'expériences faites dans le service de M. le professeur *Bouillaud*, l'antimoniate de potasse, improprement appelé oxyde blanc d'antimoine, est un médicament inerte; car, administré à la dose de deux gros pendant plusieurs jours et à des individus sains, il n'a déterminé aucun phénomène appréciable : d'où on peut conclure qu'il n'a été pour rien dans les

nombreux cas de guérisons de pneumonies publiés dans ces derniers temps.

II.

Chez plusieurs malades affectés de fièvres intermittentes, la salicine administrée progressivement jusqu'à la dose de quarante grains dans l'intervalle d'un accès, la poudre de houx jusqu'à celle de deux gros, et le tritoxyde de fer à deux scrupules, n'ont diminué en rien l'intensité des accès; tandis que huit grains de sulfate de quinine les ont fait disparaître complètement : d'où il faut conclure que ce médicament est encore le spécifique par excellence pour combattre ces fièvres.

III.

Dans la chlorose, les préparations ferrugineuses à haute dose sont aussi énergiques que le quinquina et le mercure dans le traitement de la fièvre intermittente et de la syphilis.

IV.

Les frictions mercurielles à haute dose sont un puissant moyen dans les péritonites puerpérales; mais on ne doit les employer qu'après avoir épuisé les antiphlogistiques.

V.

Tous les nouveaux moyens employés dans ces derniers temps pour combattre la colique saturnine, tels que les émissions sanguines locales, les préparations opiacées, l'acide sulfurique, le sulfate acide d'alumine, etc., sont bien loin d'être aussi avantageux que la méthode purgative.

VI.

L'application d'un vésicatoire sur la région lombaire a triomphé de

plusieurs névralgies sciatiques anciennes et rebelles à une foule de traitemens.

VII.

Lors du travail de l'accouchement, la dureté qu'acquiert le globe de la matrice, la raideur de son col, la tension des membranes à travers l'orifice utérin, font distinguer les vraies douleurs d'avec les fausses.

VIII.

Il résulte d'un certain nombre d'expériences qui me sont propres que le camphre, donné dans le but de prévenir les érections dans la blennorrhagie aiguë, est loin de mériter toute la confiance qu'on lui a accordée.

IX.

Le médecin praticien doit avoir toujours présent à l'esprit ce précepte de *Denman :* l'abus de l'art produit des maux plus nombreux et plus graves que toutes les imperfections de la nature.

FIN.